

MRI 検査 診療情報提供書

FAX 093-691-7553

産業医科大学病院 外来予約係いき

フリガナ (男・女) 患者氏名 (才)	貴院の名称及び所在地
生年月日 (T・S・H) 年 月 日	診療科 担当医師 先生
予約希望日時、時間帯、曜日等 平成 年 月 日 曜日 時 分	TEL () - - FAX () - -

検査予約を円滑に行うため、以下の事項について事前にお知らせ下さい。

- 検査部位 *原則として1部位です (MRA, MRCP は除く)。
 - 頭部 (脳、MRA、下垂体、後頭蓋窩) 頭頸部 (眼窩、副鼻腔、頸部)
 - 脊椎 (頸椎・頸髄、胸椎・胸髄、腰椎・腰髄)
 - 胸部 (縦隔、心臓、乳腺) 腹部 (肝、胆、膵、腎、副腎、MRCP)
 - 骨盤 (子宮、卵巣、前立腺)
 - 四肢 (肩関節、肘関節、手関節、手、股関節、膝関節、足関節)
 - その他 ()
- 検査目的 例) 腰椎椎間板ヘルニア疑い、脳梗塞疑い等 ()
- 造影の有無 有 or 無
- 禁忌事項の確認
 - ペースメーカー 有 or 無
 - その他の体内金属 有 or 無
 - 閉所恐怖症 有 or 無
 - 刺青、義眼、カラーコンタクト 有 or 無
 - <造影剤使用の場合>
 - 造影剤アレルギー 有 or 無
 - 気管支喘息 有 or 無
 - 腎機能障害 有 or 無 有の場合 ()
 - 感染症 有 or 無 有の場合 ()
- 検査当日は 30 分前には来院されて下さい (特に放射線科初診の方は遅れないようお願いいたします)。総合受付にて受付をされて下さい。
- 結果は原則として CD-R で読影レポートと共に患者様にお渡しします。
 フィルムを希望される場合はお知らせ下さい。 フィルム希望
 結果が出るまで検査終了後 1 時間程度要します。
- 造影検査の場合は検査前に造影剤使用についてこちらで説明し、同意書を書いていただきます。